

المكتب الإغاثي
الكلاسة – بستان القصر

مشروع شفاء لدعم المصابين
استمارة مصاب



تاريخ الاستمارة: / /٢٠١٣م الرقم / /

بيانات المصاب									
الصفة	الاسم	اسم الأب	اسم الأم	تاريخ الولادة	الحالة الاجتماعية	الوضع الدراسي	العمل والدخل	الوضع الصحي + نسبة العجز	ملاحظات
المصاب									

دخل الأسرة كاملا:	اسم المعيل بعد الإصابة:

نوع السكن				عدد الغرف	حالة السكن ومحتوياته			
ملك	ايجار/ شهريا	رهنية (المبلغ)	هبة/نوعها		ممتلكات أخرى	أرض أو عقار	مركبة	مبلغ مالي

احتياجات دورية		مساعدات أخرى		
أدوية				
مبلغ مالي				
غيرها				

شرح موجز عن الإصابة :

عنوان العائلة بالتفصيل:

تقدير الاعانة:	دائمة - مؤقتة	متابعة طبية	مالية/ معنوية
تاريخ الإصابة:	طريقة الإصابة:	سبب الإصابة:	مكان الإصابة:
الرقم الوطني:	رقم البطاقة العائلية:	رقم هاتف المصاب:	رقم جوال المصاب:
مدني/عسكري:	مندوب الكشف:		القطاع :

تقرير مندوب الكشف: